



Kuratorium
Deutsche Altershilfe



Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung

Dr. Peter Michell-Auli/Gerlinde Strunk-Richter/Ralf Tebest (KDA)

Kurzfassung der Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“

gefördert vom



Bundesministerium
für Gesundheit



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung

Kurzfassung der Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“

inklusive Empfehlungen des Beirates
zum Weiterentwicklungsbedarf

Dr. Peter Michell-Auli/Gerlinde Strunk-Richter/Ralf Tebest
(Kuratorium Deutsche Altershilfe)

gefördert vom



Bundesministerium
für Gesundheit

Impressum

Was leisten Pflegestützpunkte? Konzeption und Umsetzung

Kurzfassung der Ergebnisse aus der „Werkstatt Pflegestützpunkte“

Abschlussbericht, Stand: November 2010

Herausgeber: Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln

Autoren: Dr. Peter Michell-Auli, Gerlinde Strunk-Richter, Ralf Tebest, KDA

Redaktion: Britta Wilken, KDA

Lektorat: Karin Bergmann M. A.

Satz: typeXpress, Sabine Brand, Köln

Umschlaggestaltung: typeXpress, Sabine Brand, Köln

Cover-Illustration: Heidi Bitzer, Grafik, Köln

Druck: Farbo Print+Media, Köln

© 2010 by Kuratorium Deutsche Altershilfe

Kuratorium Deutsche Altershilfe

An der Pauluskirche 3

50677 Köln

Tel.: 02 21/93 18 47-0

E-Mail: info@kda.de

Internet: www.kda.de

Die Langfassung des Abschlussberichtes ist im KDA-Verlag erschienen unter kann unter www.kda.de (Online-Shop) und über den Buchhandel bestellt werden.

Preis: 19,90 Euro zzgl. Versandkosten; ISBN: 978-3-940054-19-7

Das Modellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ wurde finanziert vom Bundesministerium für Gesundheit.

Zusammenfassung

Bei der Versorgung und Unterstützung der deutschen Bevölkerung mit sozialen Dienstleistungen – die nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) als Dienst-, Sach- und Geldleistungen vorgesehen sind – bestehen Qualitäts- und Kostenprobleme, die wiederum zu einer Über-, Unter- und Fehlversorgung führen. Diese unzureichende Versorgung kann beispielsweise für einen Pflegebedürftigen zu einem frühzeitigen Umzug in eine stationäre Einrichtung führen. Indizien dafür gibt es: Bei einer Erhebung, die das Kuratorium Deutsche Altershilfe im Auftrag des Kieler Sozialministeriums im Kreis Segeberg durchgeführt hat, wurde festgestellt, dass 30 Prozent der Bewohner in Pflegeheimen übertsorgt sind.

Die bestehenden Versorgungsdefizite werden auch durch Informationsprobleme verursacht. Es fällt den Betroffenen und ihren Angehörigen oftmals sehr schwer, ohne formelle und/oder informelle Unterstützungsleistungen die für ihre spezielle Situation angemessene Kombination von Unterstützungsleistungen zu realisieren und finanziell abzusichern. Die medizinischen, pflegerischen und sozialen Bedarfslagen sind komplex, die Bedarfslagen stellen sich zudem in Abhängigkeit von der Wohnsituation und den privaten und familiären Unterstützungspotenzialen differenziert dar. Hinzu kommt eine in den meisten Regionen hochgradig gegliederte Versorgungslandschaft, die in der Regel jeweils spezifische und wenig gegliederte medizinisch/therapeutische, pflegerische und psychosoziale Interventionen anbietet. An dieser Problemstellung setzt in erster Instanz die Idee der „Pflegestützpunkte“ an, die ein Kernbaustein des am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ist.

In 14 Bundesländern haben sich die obersten Landesbehörden für die Errichtung von Pflegestützpunkten entschieden. Bis Ende August 2010 wurden nach Auskunft der Landesministerien 312 Pflegestützpunkte in Betrieb genommen. Parallel zu diesem Etablierungsprozess wurde das vom Bundesministerium für Gesundheit geförderte Projekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ durchgeführt, in dem 16 Pilot-Pflegestützpunkte in 15 Bundesländern auf ihrem Weg zum regulären Pflegestützpunkt begleitet wurden. Bremen hat sich nicht am Bundesmodellprojekt beteiligt, hat aber inzwischen auch drei reguläre Pflegestützpunkte errichtet. Ziel des Bundesmodellprojektes war es unter anderem, eine Einschätzung der Leistungen von Pflegestützpunkten zu erhalten, die durch den vorliegenden Abschlussbericht vorgelegt wird.

Festgestellt wurde, dass es sich bei den Pilot-Pflegestützpunkten zum einen um ein niedrighwelliges Angebot handelt. Bei fast 50 Prozent der Beratungsfälle haben Einzelinformationen ausgereicht, um den Hilfe- und Unterstützungsbedarf zu befriedigen. Zum anderen werden die Pilot-Pflegestützpunkte auch von schwer- und schwerstpflegebedürftigen Menschen bzw. ihrem sozialen Umfeld in Anspruch genommen. Etwa 15 Prozent der Beratungsfälle beziehen sich auf Menschen mit den Pflegestufen 2 und 3. Dabei wird deutlich, dass die Beratungs- und Begleitungsleistungen der bereits tätigen professionellen Dienstleister (in der Regel ambulante Pflegedienste und Beratungsinstitutionen) aus Sicht der Pflegebedürftigen bzw. ihres sozialen Umfelds nicht ausreichen und Pflegestützpunkte diese Lücke schließen können.

Menschen mit Demenz und ihr soziales Umfeld nehmen ebenfalls die Dienstleistungen der Pflegestützpunkte in Anspruch: Fast zwölf Prozent der Beratungsfälle in den Pilot-Pflegestützpunkten sind Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (§ 45 a SGB XI), und bei den nachgefragten Themen als auch bei den Beratungsanlässen spielt Demenz mit acht bzw. neun Prozent eine entscheidende Rolle.

Kundenbefragungen bei den Rat- und Hilfesuchenden haben eine hohe Kundenzufriedenheit mit den Leistungen der Pilot-Pflegestützpunkte ergeben. Dies und insgesamt 32.219 Kontakte im Jahr, durchschnittlich 2.148 Kontakte pro Stützpunkt bzw. etwa neun Kontakte pro Arbeitstag (obwohl zum Teil nur geringe Personal- und Sachmittel zur Verfügung standen), zeigen, dass das Angebot der Pilot-Pflegestützpunkte angenommen wird.

Ziel der Beratungs- und Begleitungsleistungen eines Pflegestützpunktes ist es, den Rat- und Hilfesuchenden die Unterstützung zu geben, die sie oder ihr soziales Umfeld benötigen, um eine gewünschte Versorgungssituation zu organisieren. Dabei kann es darum gehen, eine stationäre Versorgung zu vermeiden. Eine im Rahmen des Projektes durchgeführte Untersuchung hat gezeigt, dass von den Klienten, deren häusliche Versorgung bei Aufsuchen des Pilot-Pflegestützpunktes gefährdet war, nach sechs Monaten nur 7,4 Prozent stationär versorgt wurden (bei den 54 untersuchten Fällen konnte allerdings bei 46,3 Prozent die aktuelle Versorgungssituation nicht ermittelt werden).

Damit die Rat- und Hilfesuchenden die für sie optimale Versorgungssituation realisieren können, bearbeiten die Pflegestützpunkte vier Ansatzpunkte:

1. Sie arbeiten präventiv. Über 50 Prozent der beratenen Fälle haben keine Pflegestufe. Die Pilot-Pflegestützpunkte übernehmen hier, indem sie frühzeitig Hilfs- und Unterstützungsbedarfe erkennen und die Rat- und Hilfesuchenden mit allen notwendigen

Informationen und bei Bedarf auch mit einer Fallbegleitung unterstützen, eine wichtige Rolle. In 9,7 Prozent der Fälle wurden die Pilot-Pflegestützpunkte aufgesucht, um Unterstützung bei der Antragstellung zu erhalten. Hierdurch übernehmen die Pflegestützpunkte eine Türöffnerfunktion zum System und stärken dadurch ihre präventive Rolle. Die Pilot-Pflegestützpunkte arbeiten damit an einem strukturellen Defizit des SGB. Es bestehen unzureichende Anreize im SGB für Prävention und Rehabilitation, da die unterschiedlichen Kosten- und Leistungsträger lediglich für ihren „Leistungsstopp“ agieren. Prävention und Rehabilitation lohnen sich nur dann, wenn die daraus „erwirtschafteten Erträge“ in Form von geringeren Sozialausgaben dem eigenen „Leistungsstopp“ zugutekommen. In der Konsequenz wird bis dato zu wenig in diese Bereiche investiert.

2. Die Pflegestützpunkte übernehmen eine besondere Steuerungsfunktion bei Notfällen. Bei sieben Prozent der Beratungsanlässe in den Pilot-Pflegestützpunkten handelte es sich um Notsituationen, in denen in der Regel übereilte Entscheidungen für eine stationäre Pflege getroffen werden (müssen). In diesen entscheidungsrelevanten Situationen können die Pflegestützpunkte Rat- und Hilfesuchende mit ihrem breiten Beratungs- und Begleitungsangebot unterstützen.
3. Die Akteurinnen und Akteure des Bürgerschaftlichen Engagements und der Selbsthilfe sind häufig sehr an einer Zusammenarbeit interessiert, weil sie über die Pflegestützpunkte mehr Betroffene erreichen möchten. Die Stützpunkte erfassen das Bürgerschaftliche Engagement und binden dessen Leistungen in den Beratungs- und Begleitungsprozess ein. Dies fördert eine koordinierte Leistungserbringung durch ehrenamtlich Tätige und Hauptamtliche (Hilfe- oder Welfare-Mix). Die Pilot-Pflegestützpunkte tragen damit auch dazu bei, Alternativen zu einer nach wie vor auf professionelle Dienstleistungen ausgerichteten Versorgung, die auf Dauer weder finanzierbar noch den Wünschen der Bürger entspricht, zu entwickeln.
4. Die Pilot-Pflegestützpunkte arbeiten an der Weiterentwicklung der Versorgungslandschaft. Diese Arbeit basiert auch auf bestehenden Netzwerken, in die sich Pilot-Pflegestützpunkte eingebracht haben. Zahlreiche Vernetzungen mit anderen Beratungsstellen, Leistungserbringern, dem Bürgerschaftlichen Engagement und der Selbsthilfe sowie den Stellen der Leistungsgenehmigung bestehen und dienen dazu, dass die hohe Bandbreite an Beratung und Begleitung tatsächlich erbracht werden kann. Dass diese Netzwerke und Kooperationen arbeitsfähig sind, zeigt sich in den Erstkontakten: So wurden die Pilot-Pflegestützpunkte im Zeitraum April 2009 bis März 2010 durchschnittlich zu jeweils 24 bzw. 21 Klienten von ambulanten Pflegediensten bzw. Krankenhäusern kontaktiert, in Mönchengladbach waren es sogar 96 bzw. 103 Be-

ratungs- und Begleitungsfälle. Die Schnittstelle zwischen dem SGB V, XI und XII wird durch die institutionalisierte Zusammenarbeit von Kassen und Kommunen sehr erfolgreich direkt angegangen. Diese Netzwerkarbeit – oder auch Care Management – stellt damit auch einen wesentlichen Arbeitsschwerpunkt eines Pflegestützpunktes dar.

Um diese Ansatzpunkte bearbeiten zu können, haben sich die Stützpunkte zu Informationsknotenpunkten entwickelt, die bestehende Informationen über die Versorgungslandschaft vor Ort zusammentragen und weiterentwickeln. Weil Pflegestützpunkte im Rahmen ihrer Arbeit das bestehende Versorgungsangebot mit den Bedarfen der Rat- und Hilfesuchenden abgleichen, können sie fehlerhafte oder fehlende Versorgungsoptionen identifizieren. Im Umfeld einiger Piloten wurden bereits Strukturen auf der Landesebene geschaffen, um diese Ergebnisse auszuwerten.

Bei den Pilot-Pflegestützpunkten war die persönliche Inanspruchnahme der Leistungen durch die eingeschränkten Öffnungszeiten potenziell eingeschränkt. Trotzdem haben die Rat- und Hilfesuchenden in fast 29 Prozent der Fälle zu Beginn eines möglichen Beratungs- und Begleitungsprozesses den persönlichen Kontakt außerhalb ihres Wohnumfeldes gesucht. Daraus lässt sich folgern, dass Pflegestützpunkte nicht durch Beratungsangebote, die ausschließlich auf die Medien Telefon und Internet und/oder zugehende Hilfen basieren, ersetzt werden können.

Die Projektergebnisse lassen die Schlussfolgerung zu, dass eine flächendeckende Einführung von Pflegestützpunkten in Deutschland einen wesentlichen Beitrag zur Stabilisierung des häuslichen Pflegearrangements leisten kann und den Bürgern die Versorgungssituation ermöglicht, die diese wünschen. Begleitend zur Einführung sollten allerdings Maßnahmen zur Weiterentwicklung von Pflegestützpunkten eingeführt werden, insbesondere die Einführung eines Qualitätssicherungssystems ist hierbei von großer Bedeutung.

Einleitung

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz, das am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, können Pflegestützpunkte nach § 92 c SGB XI in Deutschland etabliert werden. In der Fachöffentlichkeit werden Pflegestützpunkte als ein möglicher Ansatz betrachtet, Problemen entgegenzutreten, die sich aus dem gegliederten Leistungssystem ergeben. Trotz dieser zum Teil großen Hoffnungen besteht in Deutschland in Bezug auf die Konzeption von Pflegestützpunkten keine einheitliche Vorstellung. Ebenso gibt es derzeit keine gesicherten Einschätzungen über die Performance von Pflegestützpunkten, so dass Weiterentwicklungsbedarfe kaum fundiert ableitbar sind.

Die damit beschriebenen Fragestellungen in Bezug auf Konzeption, Performance und Weiterentwicklungsbedarf von Pflegestützpunkten bilden den dreigliederten Aufbau des Abschlussberichtes der „Werkstatt Pflegestützpunkte“. Dabei bieten die konzeptionellen Vorstellungen die Ausgangslage, anhand derer die Performance der Pilot-Pflegestützpunkte eingeschätzt wird. Durch diesen Soll-Ist-Vergleich können systematisch der Grad der Zielerreichung der Leistungen der Pilot-Pflegestützpunkte herausgearbeitet (siehe Kapitel 0 Zusammenfassung) und der wesentliche Weiterentwicklungsbedarf am Ende der Kapitel 4, 5, 6 und 7 bestimmt werden.

Kapitel 2 dient der Einführung in die Thematik Pflegestützpunkte. Hierzu gehören eine rechtliche Betrachtung, eine Einschätzung über Pflegestützpunkte als Ansatz zur Lösung von Qualitäts- und Kostenproblemen sozialer Dienstleistungen und eine Übersicht über die aktuelle Entwicklung in den Bundesländern.

Kapitel 3 beschäftigt sich mit den Leistungen, die Pflegestützpunkte direkt für die Rat- und Hilfesuchenden erbringen. Die konzeptionellen Vorstellungen beziehen sich dabei auf ein Betriebskonzept, das als ein mögliches Modell zur Beschreibung der Leistungen „Sondierungsgespräch“, „Einzelninformation“, „Beratung“ sowie „Fallklärung und -steuerung“ herangezogen werden kann. In Kapitel 4 wird die Qualität dieser Leistungen bewertet. Hierzu werden im konzeptionellen Teil Qualitätsindikatoren abgeleitet.

In den drei darauf folgenden Kapiteln werden die Voraussetzungen betrachtet, die notwendig sind, damit die direkten Leistungen der Pflegestützpunkte effektiv erbracht werden können. Hierzu gehören die Organisation der betriebswirtschaftlichen Funktionen sowie das Care Management. In Kapitel 5 wird zunächst auf die Organisation der betriebswirtschaftlichen Funktionen „Kernprozesse definieren“, „Leitungsfunktion“, „Öffentlichkeitsarbeit“ und „Qualitätssicherung“ eingegangen. Kapitel 6 und 7 beschreiben

mit der „Einbindung in die vorhandene Infrastruktur“ und der „Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“ die beiden Dimensionen des Care Managements als indirekte Leistung der Pflegestützpunkte.

Eine umfassende Bearbeitung der Weiterentwicklungsbedarfe wurde mit dem Projektbeirat vorgenommen, für dessen Arbeit sich das Kuratorium Deutsche Altershilfe herzlich bedanken möchte. Dessen Empfehlungen, die in Kapitel 8 dargestellt werden, stehen auch dafür, welche Maßnahmen in Deutschland möglicherweise konsensfähig sind.

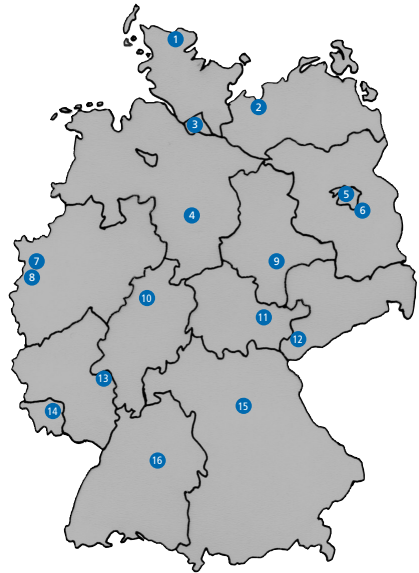
Die Anlage als wesentlicher Berichtsteil wurde in die Teile „Detaillierende Informationen“, „Instrumente für den Aufbau und Betrieb von Pflegestützpunkten“ sowie „Verwendete Erhebungsinstrumente“ untergliedert.

Das Projekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“

Die vorliegende Publikation stellt den Abschlussbericht des Bundesmodellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte“ dar. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) mit der Durchführung dieses Projektes, dessen Projektlaufzeit den Zeitraum November 2007 bis Juni 2010 umfasste, beauftragt. Ziel des Bundesmodellprojektes „Werkstatt Pflegestützpunkte“ war die Begleitung von 16 vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Pilot-Pflegestützpunkten auf ihrem Weg zum regulären Pflegestützpunkt nach § 92 c SGB XI sowie die Entwicklung von Instrumenten zum Aufbau und Betrieb von Pflegestützpunkten (siehe hierzu Anlage 9.2). Des Weiteren sollten Erfahrungen der Pilot-Pflegestützpunkte erfasst und ausgewertet werden. An dieser Stelle möchte sich das gesamte Projektteam des Kuratoriums Deutsche Altershilfe bei allen Beteiligten der Pilot-Pflegestützpunkte für ihre Mitarbeit während der zurückliegenden Projektphase bedanken.

Die Pilot-Pflegestützpunkte waren an den folgenden Standorten angesiedelt:

1. *Flensburg* (Schleswig-Holstein)
2. *Wismar* (Mecklenburg-Vorpommern)
3. *Hamburg*
4. *Langenhagen* (Niedersachsen)
5. *Kreuzberg/Köpenick* (Berlin)
6. *Erkner* (Brandenburg)
7. *Mönchengladbach* (Nordrhein-Westfalen)
8. *Moers* (Nordrhein-Westfalen)
9. *Hettstedt* (Sachsen Anhalt)
10. *Gladenbach* (Hessen)
11. *Jena* (Thüringen)
12. *Plauen* (Sachsen)
13. *Ingelheim* (Rheinland-Pfalz)
14. *St. Wendel* (Saarland)
15. *Nürnberg* (Bayern)
16. *Denkendorf* (Baden-Württemberg)



Am Projekt haben darüber hinaus auch assoziierte Pilot-Pflegestützpunkte teilgenommen. Dabei handelt es sich um Einrichtungen, die freiwillig am Modellprojekt teilnahmen, ohne einen Zuwendungsbescheid erhalten zu haben.

Die Pilot-Pflegestützpunkte hatten es sich zum Ziel gesetzt, reguläre Pflegestützpunkte im Sinne des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zu werden. Um bei der Umsetzung dieser Zielsetzung möglichst viele Strategien und Erfahrungen auswerten zu können, wurden Stützpunkte mit unterschiedlichen Ausgangspositionen ausgewählt. Diese betreffen sowohl die Initiatoren als auch die Ausprägung der Vorstrukturen sowie die Bevölkerungsdichte im Umfeld der Pilot-Pflegestützpunkte.

In Tabelle 1 wird der Verlauf des Modellprojekts „Werkstatt Pflegestützpunkte“ abgebildet. Anhand der Spalte „Betrieb aufgenommen“ lässt sich erkennen, dass Vorstrukturen nicht unmittelbar zu einer schnelleren Aufnahme des Betriebes geführt haben. Allerdings wird bei allen Pilot-Pflegestützpunkten, die mittlerweile einen Stützpunktvertrag abschließen konnten, auf bestehende Strukturen aufgebaut.

Tabelle 1: Projektverlauf

Pilot-Pflegestützpunkte	Vorstrukturen ¹	Zuwendungsbescheid	Betrieb aufgenommen
Berlin-Köpenick	Ja	März 2008	April 2008
Berlin-Kreuzberg	Ja	März 2008	März 2008
Denkendorf	Nein	März 2008	Juli 2008
Erkner	Ja	März 2008	Mai 2008
Flensburg	Ja	Dezember 2007	Juli 2008
Gladenbach	Ja	März 2008	Mai 2008
Hamburg	Ja	März 2008	Mai 2008
Hettstedt	Nein	Dezember 2007	Mai 2008
Ingelheim	Ja	Dezember 2007	März 2008
Jena	Nein	März 2008	Juni 2008
Langenhagen	Nein	Dezember 2007	April 2008
Mönchengladbach	Ja	Dezember 2007	Januar 2008
Moers	Nein	Dezember 2007	September 2008
Nürnberg	Ja	Dezember 2007	April 2008
Plauen	Nein	März 2008	März 2008
St. Wendel	Ja	Dezember 2007	März 2008
Wismar	Nein	März 2008	Mai 2008

Tabelle 2 zeigt, welche Pilot-Pflegestützpunkte einen Stützpunktvertrag unterzeichnet haben und wie die derzeitige Lage bei der Einbeziehung der gesetzlich geforderten Träger aussieht. Daraus geht hervor, dass auch in den Pilot-Pflegestützpunkten ohne Stützpunktvertrag oftmals eine Zusammenarbeit der gesetzlich geforderten Träger – beispielsweise über Kooperationsvereinbarungen und Personalgestellung – anzutreffen ist.

¹ Definiert als ähnlich geartete Beratungsangebote am Standort des Pilot-Stützpunktes vor dem Projekt

Tabelle 2: Beteiligung der gesetzlich geforderten Träger (Stand: August 2010)

Pilot-Pflegestützpunkte	Stützpunktvertrag	Kommune	Kassen
Erkner	Ja	Alle gesetzlich geforderten Träger sind beteiligt.	
Flensburg	Ja		
Hamburg	Ja		
Ingelheim	Ja		
St. Wendel	Ja		
Berlin-Köpenick	Ja		
Berlin-Kreuzberg	Ja		
Mönchengladbach	Ja		
Denkendorf	Nein	Träger	Kooperation mit AOK (AOK stellt einen Mitarbeiter.)
Gladenbach	Nein	Träger	Kooperation mit den Kassen auf Landesebene besteht
Hettstedt	Nein	Stellt Büroräume zur Verfügung	Gespräche bislang ohne Ergebnis
Jena	Nein	Träger	Gespräche bislang ohne Ergebnis
Langenhagen	Nein	Träger	vdek hat sich an einer Steuerungsgruppe des Pilot-Pflegestützpunktes beteiligt.
Moers	Nein	Kommune wird sich nicht beteiligen	Initiator und Federführer ist die Knappschaft, weitere Kassen sind eingebunden.
Nürnberg	Nein	Kooperationspartner des Initiators ZAP (Zentrale Anlaufstelle Pflege)	AOK stellt eine Mitarbeiterin.
Plauen	Nein	Gespräche bislang ohne Ergebnis	Gespräche bislang ohne Ergebnis
Wismar	Nein	Stellt Büroräume zur Verfügung	AOK ist Träger

Forschungsansatz und -instrumente

Um den prozesshaften Projektzielen gerecht zu werden, bedurfte es eines **Forschungsansatzes**, der es einerseits ermöglichte, Begleitung und damit verbundene Handlungen bzw. Interventionen zu initiieren, andererseits sollten gleichzeitig Daten generiert und ausgewertet werden. Zu diesem Zweck wurde die **Aktionsforschung**, die auch als „Handlungs- bzw. Tatforschung“ bezeichnet wird, gewählt. John Collier² prägte den Begriff „action research“ für seine Strategie der gemeinsamen Problemstellung, -analyse und -bearbeitung.³ Der Sozialpsychologe Kurt Lewin⁴ verhalf diesem Forschungsansatz zu einer programmatischen Ausrichtung und größeren Verbreitung.⁵ Dennoch gibt es bis heute keine allgemeingültige Definition der Aktionsforschung.⁶ Kurt Lewin entwickelte den Ansatz speziell für die Evaluation der Bedingungen und Wirkungen verschiedener Formen sozialen Handelns in sozialen Unternehmungen weiter, jedoch auch als Pendant zu einer – seiner Meinung nach – auftragsfreien und damit verantwortungslosen Wissenschaft.⁷ Kennzeichnend für diesen Ansatz ist die gemeinsame Weiterentwicklung und Verbesserung des Untersuchungsfeldes durch die Forscher und die jeweiligen Akteure. Dabei wird das soziale Geschehen als Prozess verstanden, in dem nicht (oder nicht vorrangig) scheinbar „objektive“ Daten erhoben werden. Die Datenerhebung selbst wird als Teil des Geschehens aufgefasst und bewusst entsprechend konzipiert. Damit gibt der Forscher seine Distanz auf und begibt sich in den zu untersuchenden Prozess.

Die Rolle der Akteure vor Ort wandelt sich ebenfalls durch die Aktionsforschung. Sie werden von Befragten und/oder Beobachteten zu Handelnden, indem sie sich aktiv an der Zieldiskussion, der Datenerhebung und der Auswertung beteiligen.

Innerhalb der Aktionsforschung werden beispielsweise klassische Instrumente der Datenerhebung wie standardisierte Fragebögen, aber auch teilnehmende Beobachtungen genutzt. Gezielte Informationen und Beratung der Akteure als auch Diskussionen der (Zwischen-)Ergebnisse mit den Beteiligten dienen der gemeinsamen Auswertung der generierten Daten und der Weiterentwicklung des Untersuchungsgegenstandes.

2 *Beauftragter der US-amerikanischen Regierung für Indianerfragen von 1933–1945*

3 *Vgl. French, W. L./Bell, C. H. 1973, S. 118 f.*

4 *Lebte von 1890 bis 1947 in Deutschland und in den USA, ist außerdem Begründer der Feldtheorie*

5 *Vgl. Thomae, Markus, 1999, S. 3*

6 *Vgl. Thomae, Markus, 1999, S. 4*

7 *Vgl. Gerwin, 1984, S. 18, 19*

Auf Basis dieses Forschungsansatzes wurden die folgenden Instrumente eingesetzt:

Regelmäßige Besuche aller Pilot-Pflegestützpunkte und der assoziierten Beratungsstellen

Insgesamt wurden drei Besuchswellen aller Pilot-Pflegestützpunkte

- zwischen Januar und Juli 2008,
- zwischen September und Dezember 2008 sowie
- zwischen Oktober 2009 und April 2010 durchgeführt.

Ziel dieser Besuche war ein gegenseitiger Informationsaustausch, der für beide Seiten gleichermaßen von Nutzen war. Das Projektteam des KDA informierte über die aktuellen Entwicklungen auf Bundes- und Landesebene und/oder über Erfahrungen in anderen Pilot-Pflegestützpunkten. Die Akteure der Pilot-Pflegestützpunkte erhielten die Möglichkeit, ihre Erfahrungen und Kenntnisse sowie ihre Sicht auf die Entwicklung des von ihnen vertretenen Pilot-Pflegestützpunktes und/oder des Projektes darzulegen. Zur Erhebung der Daten der ersten beiden Besuchswellen wurden Leitfadeninterviews durchgeführt. Hierfür standen vorformulierte Fragen zur Verfügung, die in variabler Reihenfolge und gegebenenfalls leicht umformuliert gestellt werden konnten. Bei der letzten Besuchswelle wurden auf Grundlage aller über den jeweiligen Pilot-Pflegestützpunkt gesammelten Daten spezifische Fragen erörtert und geklärt.

Neben den geplanten Besuchswellen wurden auch anlassbezogene Einzelbesuche in den Pilot-Pflegestützpunkten durchgeführt. Hierzu gehörten unter anderem Moderationen vor Ort, um die Pilot-Pflegestützpunkte bei der Realisierung eines Stützpunktvertrages zu unterstützen.

Regelmäßige regionale und bundesweite Werkstattgespräche

Insgesamt wurden zwölf regionale und fünf bundesweite Werkstattgespräche durchgeführt.

Ziele der Werkstattgespräche waren neben dem allgemeinen Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den Pilot-Pflegestützpunkten die gemeinsame Entwicklung von Instrumenten, die von allen Pilot-Pflegestützpunkten gleichermaßen benötigt wurden, sowie die Erörterungen zur Einschätzung der Entwicklung von Pflegestützpunkten. Um die intensive Zusammenarbeit mit den Akteuren der Pilot-Pflegestützpunkte nicht zu gefährden, wurden die Werkstattgespräche bis auf wenige Ausnahmen⁸ nicht für Externe geöffnet.

Interne und externe Anlauf- und Informationsstelle

Neben den Werkstattgesprächen und Besuchen wurde ein intensiver und regelmäßiger Austausch mit den Teilnehmern am Bundesmodellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ über Telefon und E-Mail gepflegt. Dabei wurden insgesamt 16 Newsletter für die Weitergabe relevanter und aktueller Informationen durch das Projektteam des KDA an die Akteure der Pilot-Pflegestützpunkte verschickt. Die Zusammenarbeit zwischen dem Projektteam des KDA und den Akteuren der Pilot-Pflegestützpunkte verfestigte sich stetig und so wurde das KDA von vielen am Projekt beteiligten Akteuren als Anlauf- und Informationsstelle wahrgenommen und genutzt.

Ein weiterer wichtiger Baustein für die Informationsvermittlung war die Internetseite zum Bundesmodellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ (www.werkstatt-pflegestuetzpunkte.de). Ziel dieser regelmäßig aktualisierten Seite war es, allen Interessierten den Zugang zu den Projektergebnissen, den Kontaktdaten der Pilot-Pflegerstützpunkte und zu Informationen über den Stand der Umsetzung von Pflegestützpunkten in den Bundesländern zu ermöglichen.

⁸ Eine Ausnahme war das Werkstattgespräch, das zwischen dem 7. und 9. September 2009 in Nürnberg durchgeführt wurde. Auf vielfachen Wunsch der Pilot-Pflegestützpunkte bestand das Ziel dieser Veranstaltungen darin, eine Einschätzung über bestehende Angebote von Dokumentationssystemen für Pflegestützpunkte zu gewinnen. Zu diesem Zweck wurden Akteure aus den Pilot-Pflegestützpunkten, die über eine Expertise zu diesem Thema verfügten, und Experten der entsprechenden Disziplin eingeladen. Bei der Veranstaltung bekamen vier Softwareanbieter, deren Produkte zu diesem Zeitpunkt in vielen Pilot-Pflegestützpunkten diskutiert wurden, die Gelegenheit, ihre Dokumentationssoftware vorzustellen. Die Konzeption und die Dokumentation der Ergebnisse dieser Veranstaltung sowie ein Pflichtenheft zur Unterstützung der Auswahl eines Dokumentationssystems für Pflegestützpunkte, das im Projekt entwickelt wurde, kann Anhang 9.2.1 und 9.2.2 entnommen werden.

Im Laufe des Projektes wurde das KDA auch in der Öffentlichkeit immer stärker als erste Anlauf- und Informationsstelle wahrgenommen. Deshalb erweiterte das Projektteam des KDA das Netzwerk zwischen ihm und den Pilot-Pflegestützpunkten um viele Akteure, die auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Funktionen und Entscheidungsbefugnissen mit dem Thema Pflegestützpunkte befasst sind. Hierdurch wurden Erfahrungen aus dem Bundesmodellprojekt „Werkstatt Pflegestützpunkte“ in viele Entscheidungsprozesse zur Errichtung von Pflegestützpunkten sowohl auf Landesebene als auch auf lokaler Ebene eingebracht. Das KDA war dabei besonders am Austausch sowohl mit als auch zwischen den einzelnen Landesministerien interessiert, um diese beim Aufbau von Pflegestützpunkten zu unterstützen. Dieses Engagement führte unter anderem zu einer Veranstaltung, bei der sich – moderiert vom KDA – Vertreter von 13 Bundesländern und ein Vertreter des GKV-Spitzenverbandes länderübergreifend zum Thema Pflegestützpunkte austauschten. Diesen Prozess unterstützend führte das Projektteam zudem eine Vielzahl von Vorträgen und Workshops zum Thema Pflegestützpunkte deutschlandweit durch. Das KDA wurde dadurch auch zu einer externen Anlauf- und Informationsstelle zum Thema Pflegestützpunkte. Durch das so entstandene Netzwerk konnten die Pilot-Pflegestützpunkte durch das Projektteam des KDA auf der jeweiligen Landesebene unterstützt werden.

Kundenbefragung 1

Um einen ersten Eindruck der Rat- und Hilfesuchenden über das neu entstehende Angebot der Pflegestützpunkte zu erhalten, wurde frühzeitig im Projekt eine erste Kundenbefragung durchgeführt. Der dazu entwickelte Fragebogen wurde vom 2. bis 6. Juni 2008 allen Rat- und Hilfesuchenden nach einem Besuch in einem Pilot-Pflegestützpunkt ausgehändigt. Dabei wurden sowohl Angaben zum Anlass und den Umständen der Kontaktaufnahme zum Pilot-Pflegestützpunkt erfragt, als auch eine Einschätzung hinsichtlich der Qualität der Leistungen sowie Verbesserungsvorschläge der Rat- und Hilfesuchenden aufgezeichnet. Insgesamt wurden 62 ausgefüllte Fragebögen ausgewertet.

Kundenbefragung 2

Nachdem alle Pilot-Pflegestützpunkte offiziell den Betrieb aufgenommen hatten und der Prozess der Weiterentwicklung zu regulären Pflegestützpunkten weiter fortgeschritten war, wurde eine zweite Kundenbefragung durchgeführt, um die Erfahrungen der Rat- und Hilfesuchenden zu erfragen. Der dabei vom KDA entwickelte Fragebogen wurde in den Monaten Oktober und November 2008 jedem Rat- und Hilfesuchenden am Ende

eines Gesprächs im Pilot-Pflegestützpunkt ausgehändigt.⁹ Bei dieser Erhebung wurden insgesamt 344 Fragebögen ausgewertet.

Erhebung stützpunktbezogener Daten 1

Um einen Überblick über die angebotenen und nachgefragten Leistungen in den Pilot-Pflegestützpunkten zu erhalten, wurden zwischen Mai und November 2008 alle Dokumentationssysteme, einschließlich der in den Stützpunkten geführten statistischen Auswertungen, untersucht. Diese Datenerhebung diente der Ermittlung der von den Pilot-Pflegestützpunkten erbrachten Leistungen. Hierzu gehören beispielsweise die nachgefragten Themen sowie die Anzahl der Beratungen. Weil Breite und Tiefe der Dokumentation in den Pilot-Pflegestützpunkten sowie das verwendete Dokumentationssystem sehr unterschiedlich waren, wurde bei dieser Erhebung auf einen standardisierten Fragebogen verzichtet. Insgesamt konnten 12.919 Kontakte bei der Untersuchung der Dokumentationssysteme berücksichtigt werden.

Erhebung stützpunktbezogener Daten 2

Aufbauend auf den Erkenntnissen der ersten Erhebung stützpunktbezogener Daten wurde ein Erhebungsbogen entwickelt, mit dem die Mitarbeitenden der Pilot-Pflegestützpunkte zwischen April 2009 und März 2010 die Nachfrage erfasst haben. Diese Erhebung wurde in allen Pilot-Pflegestützpunkten bis auf Hamburg durchgeführt. In Hamburg war es nicht möglich, weil der Pilot-Pflegestützpunkt in den regulären Pflegestützpunkt Hamburg-Mitte übergegangen ist und während der Erhebungsphase den Standort gewechselt hat. Gleiches gilt für Köpenick, einen der beiden Standorte in Berlin.

Von den 15 an der Erhebung teilnehmenden Pilot-Pflegestützpunkten konnten acht Datensätze vollständig erfasst werden. Aufgrund unzureichender Kompatibilität mit den vor Ort verwendeten Dokumentationssystemen und -regeln sowie der für eine zusätzliche Erhebung neben dem Tagesgeschäft teilweise zu geringen Personalressource vor Ort konnten in Erkner, Gladenbach und Jena keine und in Berlin-Kreuzberg und Ingelheim nur teilweise Folgekontakte erfasst werden. Außerdem sind in den Pilot-Pflegestützpunkten Hettstedt, Gladenbach und Jena die Merkmale über die Erstkontakte bzw. deren monatliche Zuordnung unvollständig. In Wismar hat darüber hinaus eine längere

⁹ Die Rat- und Hilfesuchenden erhielten vor Ort die Möglichkeit, unbeobachtet die Fragen zu beantworten. Die ausgefüllten Bögen konnten dann anonym in eine dafür vorgesehene Box geworfen werden.

Erkrankung der Stützpunktmitarbeiterin dazu geführt, dass über den Zeitraum vom 23. September 2009 bis 31. Januar 2010 nicht alle Daten dokumentiert werden konnten.

Insgesamt wurden über den Erhebungszeitraum April 2009 bis März 2010 32.219 Kontakte erfasst. Davon waren 10.908 Erst- und 21.311 Folgekontakte.

Erhebung klientenbezogener Daten

Um die Ergebnisqualität der Leistungen der Pilot-Pflegestützpunkte zu untersuchen, wurden in der letzten Projektphase Dokumentationen komplexer Fälle ausgewertet. Als komplex wurden alle Beratungsfälle mit zwei oder mehr Kontakten zum Pilot-Pflegestützpunkt eingestuft. Insgesamt wurden 110 Klientenakten der Pilot-Pflegestützpunkte Hamburg, Hettstedt (Vollerhebung) und Ingelheim (Stichprobenziehung) aus dem Zeitraum Juli 2008 bis Juni 2009 ausgewertet. Mittels einer standardisierten Checkliste wurden die Ausgangssituation zu Beginn der Dokumentation und die bereits tätigen Dienstleister, die beratenen Leistungen sowie die Lebenssituation im Anschluss an die Beratung ermittelt.

Qualitative Fallstudien

Qualitative Fallstudien dienen einer genauen Beschreibung eines Falles, wobei sich das Fallverständnis nicht auf Einzelpersonen beschränkt, sondern auch auf Institutionen, Organisationen und soziale Gemeinschaften ausgeweitet werden kann.¹⁰

Das Projektteam des KDA hat zu jedem Pilot-Pflegestützpunkt sowie zu einem assoziierten Projektteilnehmer qualitative Fallstudien unter Mitarbeit der zuständigen Akteure erstellt. Diese stellen den aktuellen Stand der Entwicklung auf dem Weg vom Pilot- zum Pflegestützpunkt nach § 92 c SGB XI dar.

Grundlage für die Fallstudien waren alle Informationen, die im Laufe des Modellprojekts über die Pilot-Pflegestützpunkte gesammelt werden konnten und während der Besuche der Pilot-Pflegestützpunkte gezielt durch Leitfadeninterviews ergänzt wurden. Um auch die Landesvorgaben, mit denen die Pilot-Pflegestützpunkte konfrontiert waren, einbeziehen zu können, wurden darüber hinaus alle Landesrahmenverträge bzw. Landesrahmenvereinbarungen ausgewertet.

¹⁰ Vgl. Flick, Uwe, 2009, S. 83



Kuratorium
Deutsche Altershilfe

Wilhelmine-Lübke-Stiftung e.V.

An der Pauluskirche 3

50677 Köln

Tel.: +49 221 931847-0

Fax: +49 221 931847-6

Internet: www.kda.de